SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión de Salud Pública del Senado tiene mucho gusto en recibir a los representantes de los IMAE.

SEÑOR MEDINA.- Deseo agradecer a la Comisión la audiencia que nos ha concedido. Antes que nada, vamos a repartir una documentación que trajimos.

Cabe destacar que nos preocupa la situación del sistema integrado por el Fondo Nacional de Recursos y los Institutos de Medicina Altamente Especializados. Como es de público conocimiento, dicha situación es muy difícil, tanto desde el punto de vista financiero -por el atraso con que está pagando el Fondo- como en lo que tiene que ver con el relacionamiento entre los IMAE y los organismos públicos. En el memorando que trajimos, aclaramos algunos de los grandes problemas. Uno de ellos es que el Fondo Nacional de Recursos nos está pagando con más de cinco meses de atraso, pues a pesar de que la ley establece sesenta días, nos paga a más de siete meses, lapso que va aumentando permanentemente, lo que nos preocupa aún más, porque lejos de comenzar a corregirse la situación, se va agravando.

Por otra parte, a través de los medios de prensa se ha hecho toda una campaña confundiendo a la opinión pública, mezclando honorarios con aranceles. Se ha llegado a hablar de "aranceles exorbitantes", sosteniendo que son muy altos aun considerados desde el punto de vista internacional. Al respecto, hemos relevado precios de otros países y en el informe que les entregamos adjuntamos un cuadro comparativo, donde queda claramente establecido que nuestros precios son realmente económicos.

Se dice que los IMAE son quienes fijan los precios, y no es así. En realidad, de acuerdo con la normativa vigente, los precios se fijan de común acuerdo entre los IMAE y el Ministerio de Economía y Finanzas, con el asesoramiento del Fondo Nacional de Recursos, y en caso de no existir consenso, los fija el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública. Ello significa que están suficientemente controlados por el Ministerio de Economía y Finanzas o, en su defecto, fueron fijados por el propio Poder Ejecutivo, tal como es el caso de muchos de los aranceles hoy vigentes. Por ejemplo, los relativos a los trasplantes de médula ósea fueron fijados recientemente a través de la Resolución Nº 1730/001 del Poder Ejecutivo.

También nos preocupa el hecho de que se diga que es excesiva la cantidad de actos que realizan los IMAE, cuando es el propio Fondo Nacional de Recursos que autoriza en forma previa todos los actos. Pensamos que lo que realmente quieren hacer es una campaña en contra de los IMAE, sin fundamentos. Si se critica el aumento de los actos por falta de controles, creo que es responsabilidad del propio Fondo.

Otro hecho que nos llama la atención son las declaraciones que se han hecho. Trajimos un recorte de una publicación de prensa en la que se señala que el 27% de los actos que realiza el Fondo son innecesarios, y ello se basa en un informe de grupos de interconsulta médica que analizan la solicitud de autorización previa. El doctor Haretche, Director Técnico del Fondo, señala que de la distribución total de pacientes, evaluados según juicio emitido, el 17% se consideraron dudosos y el 10% no indicados. En un cuadro adjunto se presenta el origen de esa cifra según documentación del propio Fondo Nacional de Recursos, y también según una evaluación de los grupos de interconsulta del 14 de mayo al 20 de agosto de 2001. Allí surgen como dudosos un 22% de los casos, y como no indicados un 10,28%. Esto fue lo que dio lugar al titular y a las posteriores declaraciones del señor Subsecretario de Salud Pública, que aquí adjuntamos.

Por otro lado, el propio Director Técnico, en ese mismo informe, señala los actos que realmente no autorizó; estos, más los pendientes de autorización, fueron un 4,3%. Quiere decir que si bien el grupo de interconsulta dice que un 10% no correspondía autorizar, quedó sin autorizar mucho menos de ese porcentaje, porque quedaron pendientes un 4,3%, incluidos aquellos cuya autorización se postergó. O sea que si se dice públicamente que eran innecesarias el 27% de las operaciones pedidas al Fondo Nacional de Recursos, lo primero que debemos señalar es que no es cierto. Téngase en cuenta que un 17% de los casos es considerado por ellos mismos como dudosos, cuando esa calificación no puede existir. No es posible decirle a un paciente que la conveniencia de lo que se le hizo o va a hacer es dudosa. Por otro lado, del 10% que resulta como "no indicado", en realidad el Director Técnico del Fondo aprobó prácticamente todos los actos.

Queda claro, entonces, que se trata de una falsedad que se dice a la opinión pública para desprestigiar a los IMAE. Eso queda comprobado a través de este recorte de prensa y de un documento del propio Fondo Nacional de Recursos; no son datos obtenidos por la asociación de los IMAE.

Se señala como ahorro el hecho de que se realizan menos actos, pero esto se debe a que se ha incorporado el concepto de "lista de espera" en prótesis de cadera, contando con una lista que llega a los 300 pacientes.

Cuando se hace referencia a los aranceles y los honorarios, en esa confusión que mencionamos al principio se dice que son altos, pero no se aclara que los honorarios no exceden del 25% del total del arancel y que, por tanto, por más que se ajustaran a la baja, no constituirían la solución para el Fondo Nacional de Recursos. Estamos dispuestos a analizar los costos de los actos y, dentro de ellos, nuestros honorarios, lo que quiere decir que no nos negamos a ponerlos en discusión; lo que no nos agrada es que genéricamente, a través de los medios, se hable de que los honorarios son excesivos, de que hay un enriquecimiento en forma injustificada y de que existen actos de más porque hay intereses económicos, como si la indicación del acto fuera para cobrar más honorarios. Además, no se prueba ni se señala ningún caso en concreto.

A su vez, en la documentación que entregamos hemos incluido una comparación de nuestros aranceles con actos realizados en el exterior. Cuando se compara, hay que tener en cuenta que los aranceles de los IMAE incluyen cualquier eventual complicación; el Fondo Nacional de Recursos paga una cifra fija y si el paciente tiene la desgracia de sufrir complicaciones y debe pasar dos o tres meses en el CTI, el Fondo no paga ni un solo peso más. A este respecto, les hemos solicitado que citaran un solo centro en el mundo que tenga aranceles que cubran cualquier eventual complicación, y no existen; sin embargo, reitero, cuando se hacen las comparaciones no se señala esta diferencia, para hacer ver que los aranceles de los IMAE son altos. Sin trasladarnos a un país del

primer mundo, podemos citar el ejemplo del Hospital de Clínicas de Curitiba, Brasil, donde se cobra por el transplante de médula ósea sobre una base de treinta días, y por cada día adicional son U$S 1.500 más, mientras que en nuestro caso el valor es cero.

Cabe destacar, entonces, que hemos intentado permanentemente el diálogo; en ocasiones hemos tenido una buena receptividad, pero en los hechos no se trasunta en realidades ya que el Fondo continúa con esta campaña de prensa y con resoluciones que son absolutamente inconstitucionales. Me refiero, por ejemplo, a promover las quitas, pero no la quita al hacer una oferta a todos los acreedores, sino hacer un remate de quitas; esto consiste en ofrecer pagar a aquel acreedor o IMAE que ofrezca mayor quita, con un tope de $ 8:800.000 -que no constituye más que el 1,5% de la deuda- de manera de aprovechar la situación difícil por la que está pasando algún IMAE y, con eso, lograr dividir a los IMAE, demostrando que sí se puede pagar con quitas realmente importantes, del orden del 25%. Decimos que esto es inconstitucional porque, como persona de derecho público no estatal debería tener un trato igualitario con todos los IMAE, no pudiendo favorecer a uno en perjuicio de los demás. Digo esto porque al pagar a un IMAE con tales quitas, lo está haciendo con recursos impagos de los demás IMAE, que están pendientes de cobro.

Dado que el diálogo con las autoridades es muy difícil, solicitamos a esta Comisión que, en la medida de sus posibilidades, medie con las autoridades de los Ministerios de Salud Pública y de Economía y Finanzas y con las del Fondo Nacional de Recursos, a efectos de que las partes podamos conversar en forma amplia, dispuestos a analizar todos los factores intervinientes en los problemas que genera este sistema, con vistas a poder solucionarlo. Ahora bien; entendemos que la sobrecuota -congelada desde hace tres años, al igual que los aranceles- debería tener, al menos, un ajuste de $ 10. Al respecto, el Fondo ha manejado la posibilidad de ajustarlo en $ 5 por seis meses aunque sea, para que el atraso no se siga incrementando mientras se analiza y negocia sobre el sistema.

Esto es, entonces, lo que solicitamos a la Comisión; fundamentalmente, reiteramos que necesitamos de una mediación para poder negociar con las autoridades públicas a fin de encontrar una solución al sistema.

SEÑORA PRESIDENTE.- Quisiera saber si ha habido inconvenientes para lograr un ámbito de conversación con las autoridades o si, en realidad, están planteando la necesidad de que exista algo más que los actores ministeriales y ustedes.

SEÑOR MEDINA.- Creo que, justamente, lo que necesitamos es esto último. El día 25 de junio tuvimos una entrevista con el señor Ministro de Salud Pública, oportunidad en la que hicimos entrega de un memorándum que contenía propuestas de solución y, en realidad, encontramos muy buena receptividad; sin embargo, luego no se instrumentó el análisis de todo esto y siguieron la agresión en los medios de prensa y medidas como el remate de quitas.

También se presionó a los IMAE no enviándoles pacientes si no aceptaban un arancel más bajo, sin estudiar los costos. Hay que dejar bien en claro que, de acuerdo con la ley, este no es un sistema de mercado abierto; prácticamente, el único comprador es el Fondo Nacional de Recursos. Entendemos que el Legislador previó que los aranceles fueran fijados sobre la base de costos, porque eran actos muy caros, realizados a pacientes muy graves, y socialmente era necesario preservar y cubrir estas técnicas. Como no hay un sistema de mercado, creemos que debe analizarse conforme a los costos reales, los que estamos dispuestos a estudiar, pero no bajo presión y amenaza de no envío de pacientes al IMAE que no acuerde un arancel menor.

SEÑORA MARTINS.- Quería destacar, respecto al relacionamiento con las autoridades, que además de la nota que entregamos en su oportunidad al Ministerio de Salud Pública, fuimos recibidos por la Comisión Honoraria que administra el Fondo Nacional de Recursos, presentando la misma nota. Manifestamos nuestra voluntad de trabajar juntos para encontrar salidas, tanto para el déficit del Fondo Nacional de Recursos, como para la situación particular de quienes vendemos los servicios a dicho Fondo. Quiero hacer la siguiente acotación: el Fondo Nacional de Recursos tiene déficit y los IMAE que le vendemos también lo tenemos, porque nuestros ingresos están congelados desde fines del año 1998.

Siempre fuimos bien recibidos, se atendieron nuestros planteos, pero luego no fructificaron y, lamentablemente, a través de la prensa se atacaron fuertemente, sobre todo, los resultados y la gestión de la técnica médica. Asimismo, manifestamos nuestra voluntad de lograr alguna forma de financiación de la deuda, que actualmente es de alrededor de U$S 52:000.000 con los IMAE. Estábamos dispuestos a negociar una forma de pago que podía ser en veinticuatro meses o más, con la aclaración de que no aceptaríamos quitas dado que si nuestros ingresos están congelados desde 1998, imaginen cómo hemos absorbido la inflación, el aumento del dólar y el incremento de salarios que llevan nuestros costos. Por lo tanto, ya hemos dado una rebaja implícita. Se designó a un contador integrante del Fondo Nacional de Recursos para que estudiara una propuesta, pero ésta nunca nos llegó formalmente y en los hechos se desvirtuó -como mencionó el señor Medina anteriormente- en un ofrecimiento particular a algunos IMAE y siempre con la condición de que ofrecieran descuentos para el pago de la deuda y descuentos a futuro para el pago de los actos médicos.

SEÑOR MEDINA.- Lo que acaba de decir la contadora Martins figura en una fotocopia en la última página del documento que les entregamos.

SEÑORA MARTINS.- Junto con la documentación que los señores Senadores han recibido, hay un pequeño cuadro que pretende mostrar cuál hubiera sido la evolución de la cuota del Fondo Nacional de Recursos si se hubieran aplicado los ajustes normales correspondientes al sector, que es una ponderación de los aumentos de salarios, del IPC y del dólar. Se trata del aporte que los afiliados a las IAMC debieron haber hecho y que, a nuestro entender, habría enjugado el déficit actual del Fondo Nacional de Recursos. Dicho déficit alcanza el 16%, es decir que sus ingresos no cubren sus pagos de actos en un 16%. Además, el aporte de afiliados no representa el 100% de los ingresos del Fondo Nacional de Recursos, sino solamente un 62%, ya que el 38% restante lo aporta el Ministerio de Economía y Finanzas, por aquellas personas que en el país no tienen cobertura mutual.

Si los señores Senadores observan el cuadro, verán que el aumento que se debió aplicar a la cuota -que está congelada, como ya dije, desde el año 1998- debió haber sido del 14,53%. Si al mismo tiempo el Estado, en lo que respecta al aporte que hace por aquellos que no tienen cobertura mutual, también hubiera aumentado el equivalente a un 14% o 15%, estaríamos hablando de un déficit de un 1%.

Quiero señalar que el tema de ingresos nunca ha podido ser discutido. Existen argumentos de tipo político o de otra índole, pero nunca tuvimos una explicación económico financiera que pudiera hacernos entender cómo una actividad, en este país, no trata, por lo menos, de mantener su poder adquisitivo. Aclaro que no estamos hablando de aumentos sobre inflación, sino de mantener el

poder adquisitivo de estos ingresos, así como las mutualistas mantienen el suyo cada vez que se vota un aumento de cuota. Reitero que en esto no hemos podido tener explicaciones.

SEÑOR RIESGO.- Planteo que lo que nuestros visitantes dijeron, así como el material que entregaron, fueran elevados, junto con la invitación de concurrir a la Comisión, al señor Ministro de Salud Pública y al Fondo Nacional de Recursos. Esto lo resolveríamos luego de que se retire la delegación; simplemente quería mencionarlo.

SEÑORA PRESIDENTA.- Además, queda planteada la propuesta que nos han hecho, de recibir a las otras partes e, inclusive, de invitarlos a todos juntos. Sería una especie de mediación y lo habitual, en estos casos, es que la Comisión debata el tema sin la presencia de los invitados y luego les comunique lo que resuelva.

Quiero decirles que este es uno de los temas que, obviamente, nos preocupa mucho. Estamos en un tiempo particular, como es el inicio del receso parlamentario, pero éste tiene algunas peculiaridades, por lo que el punto va a estar en el conjunto de las preocupaciones que tenemos, porque no podemos cortarlo con recesos de verano.

SEÑOR VARELA.- Queremos señalar, en primer lugar, nuestra satisfacción por la rápida respuesta que tuvimos de la Comisión de Salud Pública del Senado a nuestra solicitud de audiencia. En segundo término, queremos manifestar que este fue un año de intento de negociación con el Ministerio de Salud Pública y con la Comisión Administradora. Esas negociaciones, como muy bien relataba nuestro Presidente, el señor Medina, tuvieron evoluciones, tanto en el optimismo como en la desazón, pero en el último mes del año si pasamos una raya, podemos ver que no han sido correctas, en el sentido de que no hemos encontrado una solución. Aclaro que no estamos hablando de un sistema baladí ni diciendo que es posible esperar un tiempo más, por dos grandes razones. Una de ellas es que es un sistema muy bueno para el Uruguay. Los señores Senadores lo conocen y saben que cubre, la mayoría de las veces, la totalidad de la población en situaciones de riesgo vital, aun con un costo muy correcto para el país y para las personas que se asisten. La otra razón tiene que ver con el hecho de que, sin ser alarmistas, tenemos indicaciones de que podemos llegar a una situación de colapso del sistema. Realmente, los IMAE que estamos trabajando para el Fondo Nacional de Recursos, nos encontramos en una situación económico financiera muy dura, pese a los ajustes que hemos realizado cada una de nuestras instituciones a lo largo de estos últimos tres años. Quiero señalar que no nos hemos quedado quietos y ello ha repercutido en los honorarios médicos, en los salarios de los trabajadores y en nuestros proveedores. En definitiva, tratamos de hacer bien nuestros mandados. Obviamente, si en algún momento existió la sensación de que los IMAE, como instituciones, tenían una situación desahogada, eso cambió. Entonces, así como todos han realizado los ajustes necesarios para seguir funcionando, nosotros también los hemos hecho; pero hay momentos en que no se tienen más posibilidades, ya que no podemos, por ejemplo, disminuir salarios de 3.500 funcionarios altamente calificados.

Por lo tanto, queremos trasmitir a la Comisión de Salud Pública cierta sensación de urgencia y la certeza de que confiamos en el Senado de la República para que realice una mediación con aquellos que no están haciendo las cosas correctamente. Debemos decir -y aclaro que esta es una opinión personal y no de la Asociación- que creemos que ha habido cierta ligereza en el manejo de esta situación por parte de la Comisión Administradora. Si bien es cierto que podemos compartir el rumbo general que ella sigue, estamos contestes en cuanto a que si hay que ajustar, ajustemos; si debemos debatir sobre los aranceles, de hecho lo estamos haciendo técnicamente, como corresponde; si hay que hacer ajustes en los niveles de atención, también estamos dispuestos a tratarlos. Por suerte, y porque así se ha preparado durante muchos años, el Uruguay es un país desarrollado en el nivel de atención médica; nosotros no morimos como el resto de los habitantes de Latinoamérica, sino por enfermedades cardiovasculares, por cáncer o por otros motivos que no son los comunes. Por tanto, si hay que debatir, resolver -para ello confiamos en el Senado, en la Cámara de Representantes y por supuesto en el Poder Ejecutivo- o poner un límite a la vida, tal vez hay que hacerlo, no lo sé. También estamos dispuestos a que el Uruguay, si es un país desarrollado en ese sentido, ponga límites y estudie los costos-beneficio de la atención médica. Allí no hay inconvenientes siempre que todo se haga en un ambiente técnico y de seriedad, como sabemos que existe en nuestro país.

SEÑORA POU.- Quiero agradecer que nuestros invitados estén aquí hoy porque el tema del Fondo Nacional de Recursos, más allá de la posición que pueda asumir cada uno de nosotros o la Comisión corporativamente, ha estado en la prensa, pero más que nada nos preocupa por la misión social y de cobertura nacional total que cumple.

Creo que ha quedado bastante claro el planteo de la mediación y lo que ha sido la evolución de este tema; sin embargo hay algo que quisiera saber. Cuando se pide el ajuste de $ 10 por el atraso, ¿es para quedar al día a partir del momento en que se aprobara condicionalmente ese ajuste, o esto solucionaría también hacia atrás algo del déficit?

SEÑORA MARTINS.- La situación es la siguiente: el Fondo tiene un déficit económico pero también financiero, es decir que tiene deudas. Nos urge alguna forma tentativa de recuperar, o por lo menos de no aumentar los plazos ni la deuda. Este tema ya lleva un largo año de estudios y tememos que, dada la situación del país y la reducción de afiliados en el régimen mutual, también la situación del Fondo se vaya a agravar del mismo modo que la deuda con nosotros. Por lo tanto, la recaudación de esos $ 10 apuntaba a encontrar algún desahogo a fin de no agravar nuestra situación mientras se buscan las verdaderas soluciones al sistema, las que sin duda serán complejas.

SEÑOR CID.- Este es un tema que nos preocupa y así lo hemos hablado con el señor Medina. Entendemos que hay una desproporción entre lo que se manifiesta públicamente con respecto al costo del Fondo Nacional de Recursos que generan los IMAE en la cobertura asistencial y lo que significa realmente, porque cuando se analizan con seriedad las cifras, se puede comprobar que estamos hablando de un 10% del total de lo que se gasta en medicina en el país. Esta no es una cifra que genere alarma ni que se haya disparado voluntariamente, sino que se han ido ampliando las coberturas y la complejidad de las técnicas. Por lo tanto creemos que se debe tratar de encuadrar adecuadamente la situación y no generar una suerte de terrorismo verbal con el tema de los IMAE, cuyos actos médicos ya han cubierto a cerca de doscientas mil personas.

Adelanto mi posición en cuanto a que me declaro partidario de generar un ámbito de encuentro donde se pueda hablar con claridad respecto de todos estos temas y llegar a acuerdos. No podemos negar que la situación de retraso en el pago de los actos que generan algunos IMAE llevó a la inviabilidad de algunos que tuvieron que ser vendidos; recordemos que hubo cuatro centros de hemodiálisis que recientemente debieron venderse porque, por dicho atraso, no podían ser mantenidos en funcionamiento. Esta es una realidad y, además, fue una mala venta que se hizo a empresas internacionales que tienen una estrategia de crecimiento que consiste en ir adueñándose de situaciones de cobertura asistencial costosas. Creemos que los IMAE en este momento tienen un

mal perfil que debería ser subsanado y muchas veces lo hemos dicho públicamente, porque hace un año con $ 5 se resolvía la situación, es decir que no estamos hablando de cifras inaccesibles para el país. En ese sentido, reitero que me declaro partidario de abrir una instancia de diálogo a fin de analizar detenidamente todos estos temas.

Por otra parte, quisiera hacer una pregunta porque también tengo la percepción, que mencioné al señor Medina, de que en algunas disciplinas hay una sobreindicación que no quiero dejar de expresar, como médico que ha recibido algunos post-operatorios. También quiero agregar claramente que han sido pocos, pero me están induciendo a pensar en estos tres grupos que han actuado. Quisiera saber quiénes son y qué calificación tienen; me refiero al Grupo Asesor Médico que se reúne bajo la sigla G.A.M., el grupo C.M.C., y el G.I.M. del SUAT. Los tres dicen que hay una dudosa indicación y coinciden en que hay un determinado porcentaje de situaciones que es menor. Me interesa saber qué grado de calificación tienen estos profesionales que han actuado acá y quiénes son, ya que por las siglas no logro identificarlos. Evidentemente podría tratarse de un médico cualquiera que esté evaluando las situaciones, lo que me produce preocupación porque no cualquier médico puede determinar si está indicado un procedimiento o no; debe hacerlo una persona que tenga alta jerarquía técnica y esté especializado en muchas disciplinas.

Esta es mi pregunta concreta. Insisto en mi disposición a marcar un ámbito de entendimiento y a buscar una solución económica que me parece imprescindible para un sistema que funciona adecuadamente y que es uno de los sistemas más democráticos con los que cuenta el país en lo que tiene que ver con la cobertura médica asistencial, porque a él acceden desde lo público o lo privado en igualdad de condiciones. Entonces, si no defendemos al Fondo Nacional de Recursos y a los IMAE, estaríamos cometiendo una grave omisión.

SEÑOR MEDINA.- En este momento no he traído los nombres de los médicos, pero sí puedo decir que se trata, principalmente, de grupos de internistas; no son de las especialidades que cubre el Fondo Nacional de Recursos, pero se trata de alrededor de cincuenta médicos que son remunerados por informe realizado a razón de $ 500. Lo importante a destacar es que la opinión de estos grupos médicos, a la hora de autorizar, no es tenida en cuenta; quiere decir que la propia Dirección Técnica no les otorga mucha calificación. Creemos que la forma de hacer esto con seriedad es que se tenga la suficiente calidad técnica para que, si se entiende que previo a la autorización, un acto no corresponde, entonces que no se autorice. Por su parte, si se trató de un acto urgente que se llevó a cabo y la autorización es posterior -como en algunos casos sucede- entonces que no se pague. Lo importante es que se asuma la responsabilidad y no que se autorice, se pague y después se diga que no debía haberse realizado, porque también son responsables.

Con mucho gusto podemos hacer llegar al señor Senador los nombres de todos los grupos que, como dije, son alrededor de cincuenta médicos principalmente internistas, pero no hay de las especialidades.

Por otro lado, entendemos que no sólo la aprobación previa de la indicación correcta debe ser estudiada por médicos, sino que debe hacerse el seguimiento posterior siguiendo estándares de calidad, y debe hacerse, ante todo, con la participación de los IMAE, de manera que se puedan acordar los criterios y límites relacionados con la muestra de pacientes a tomar, y así compartir las conclusiones, con lo cual se podría mejorar la calidad.

Además, si un IMAE no tiene la calidad que se entiende debería tener, puede ser cerrado. Lo que no se debe hacer es realizar informes o seguimientos y brindarlos a la opinión pública sin que los hayan visto los IMAE -hay que tener en cuenta que podrían tener correcciones para realizar- y sin tomar después ninguna medida, logrando sólo el desprestigio y llegando a crear angustia incluso a los pacientes que dudan de la calidad técnica de los actos que se les van a realizar.

SEÑOR VARELA.- Queremos reafirmar el hecho de que también en esta situación nosotros, como IMAE, muchas veces no recibimos la información acerca de a qué se le califica de dudoso. El 100% de las técnicas tiene normas, pautas y protocolos, por los cuales el médico solicitante -que la mayoría de las veces no es de los IMAE- se guía para describir en distintos formularios determinado acto. Esto es chequeado por la Dirección Técnica del Fondo, que luego autoriza el acto.

A partir de los grupos que mencionó el señor Senador, se genera una situación en la cual se evalúa previamente ese acto -cosa que, a nuestro juicio, está muy bien- y se le califica. Lo que no sabemos es por qué se califica de esta manera. Esperamos enterarnos de eso en algún momento. Lo dudoso es lo social, la calidad de vida de la persona a la cual se le va a realizar un acto a posteriori; entonces, esa es la duda que hoy tenemos. Supongamos que hay un paciente diabético que ha sido amputado y que ha tenido una serie de problemas de salud muy importantes a lo largo de toda su vida. Hoy tiene sesenta años y hay que hacerle una coronarioplastia. Quizás en este caso se ponga "dudoso" -por una cuestión de costo-beneficio- o quizás no. Por mi parte, no lo sé. Lo lógico sería que lo supiéramos y pudiéramos ir pactando en forma conjunta, porque de lo que se trata es de que las normas, las pautas y los protocolos sean conocidos por todos y no que sean lanzados a la opinión pública simplemente con el rótulo de "dudoso". A lo mejor el Fondo está tratando de realizar una base de datos que sea correcta desde el punto de vista técnico. Lo que no nos parece correcto es no conocer esto y no poder dar, en cierta medida, nuestra opinión. En último caso, la decisión corresponde al Fondo Nacional de Recursos -y está bien que así sea- y nosotros nos atendremos a las reglas del juego. Si se necesita la sanción de una ley para subsanar ese impedimento o limitación, habría que seguir ese camino.

SEÑOR RIESGO.- Ante todo, quiero dejar la constancia de que al Fondo Nacional de Recursos le tengo mucha estima, fundamentalmente porque fui usuario de él, y precisamente por esa razón lo miro con un corazoncito muy especial.

Sin embargo, me preocupan algunas palabras que fueron vertidas aquí en lo que refiere a que determinadas cosas dichas a la prensa y determinados estudios que se han realizado no son ciertos o faltarían a la verdad. A su vez, sabemos que algunas técnicas, en menos de un año, llegaron a estar muy cerca de los promedios internacionales en cuanto al peligro de mortalidad -no sé si esta expresión es la correcta; no soy médico- mientras que había otros IMAE que desarrollaban la misma técnica pero estaban muy lejos de dichos promedios y en pocos meses se acercaron enormemente. Pienso que tendríamos que estudiar las razones por las cuales ocurren estas cosas.

Por mi parte, no tengo ningún problema en buscar un diálogo entre las partes, en caso de que éste no exista. Sin embargo, me parece que de la misma manera que primero recibimos con mucho gusto a la gente de los IMAE, deberíamos recibir al señor Ministro y al doctor Bagnulo para que evacuaran todas las dudas con respecto al tema. Después de eso, evaluaríamos el camino a seguir.

SEÑORA PRESIDENTA.- Agradecemos la presencia de esta delegación y la información brindada. Nos mantendremos en contacto.

(Se retiran de Sala los representantes de los IMAE)